

訪問歯科診療 お申込書

ご連絡はFAXで 0120-199-505

フリガナ		性別	年齢	生年月日
患者様氏名	様	男 女	歳	明 大 昭 平 年 月 日
住 所				
電話番号				

治療 ・ 検診

主訴

歩 行 状 態 寝たきり ・ 準寝たきり ・ 要介助 ・ 車椅子 ・ 短時間可能 ・ 屋内可能 ・ 他（ ）
保険証の種類 介護度（ ） 国保 ・ 社保本 ・ 社保家 ・ 前期高齢者 ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ 障害者
感染症の有無 無 ・ 有（ ）

備考欄（ 連絡事項がございましたらご記入ください ）

ご依頼者	電話番号
ケアマネ様名	事業所名
電話番号	FAX 番号

